様式第１号(第５条関係)

意思疎通支援者派遣申請書

　　十和田市福祉事務所長　　　様

申請年月日　　　　　年　　月　　日

　次のとおり、意思疎通支援者（手話通訳者・要約筆記者）の派遣を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日　 |
| 氏名 |  |
| 居住地 | 〒電話番号Ｆ Ａ Ｘ  |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日　　 |
| 障害児氏名 | 　 |
| 続柄 | 　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣依頼日時 | 　　　　年　　月　　日（　） |
| 午前午後 | 　　時　　　分　～ | 午前午後 | 　　時　　　分 |
| 派遣場所 | 　 |
| 派遣内容 | 　 |
| 負担金上限月額に関する認定（いずれかに○をつけてください。）　１　生活保護受給世帯に属する者　２　市町村民税非課税世帯に属する者であって、公的年金等の収入、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの　３　市町村民税非課税世帯に属する者であって、上記2以外のもの　４　市町村民税課税世帯に属する者注意　この申請書には、市町村民税所得課税証明書、公的年金証書、障害者基礎年金証書等、上記の事実関係を確認できる書類を添付してください。ただし、課税年度内に障害福祉サービス等の他の事業を利用する等により提出している方は省略することができます。 |